



Por un niño sano  
en un mundo mejor

**SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA  
REGIÓN METROPOLITANA**

**CORONEL DÍAZ 1971/75 • (1425) CAPITAL FEDERAL • Tel.: 4821-8612 • Fax: 4821-2318  
E-mail: metropolitana@sap.org.ar**

**EDITORIAL**

**SALUD Y POLÍTICA: NUEVOS INTERROGANTES**

Los métodos de diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades son costosos, como es sabido, y la mayoría de las veces inalcanzables para la población de países subdesarrollados, sin recursos financieros suficientes. El calendario científicamente aconsejable no es idéntico al accesible: medicamentos y vacunas que no están en el calendario, son útiles para prevenir patologías severas como la meningitis y la neumonía. Al aparecer un nuevo método diagnóstico todos los Centros aspiran tenerlo. ¿Por qué privar a sus pacientes de los beneficios de la técnica de avanzada? Tenemos en mente la multiplicación por diez o más, en los últimos 30 años, de los estudios de laboratorio. Es cierto que existe un progreso en esta área, pero hay que reconocer que a veces se piden en cantidades exageradas.

Sin embargo, el gasto más espectacular se manifiesta en el tratamiento. Los medicamentos son caros y el paciente los debe consumir permanentemente para prevenir males mayores, como en el caso, entre otros, de diabetes, cáncer, asma y daño renal que requiere diálisis. Nos preguntamos cómo manejarnos ante las técnicas nuevas en neurocirugía, cirugía cardíaca, pulmonar, injertos, trasplante, microcirugía vascular, etc.

¿Hasta dónde llegaremos en materia de gastos en salud? Las investigaciones sobre genética molecular, virología, inmunología y farmacología, serán factor de más gastos. ¿Deben suspenderse las investigaciones? La pregunta formulada es irrisoria e inadmisiblemente. Quizás se exige otro planteo: ¿cómo se hace para que lo mejor esté al alcance de todos? Y en todo caso ¿es lógico concentrarse aún más en la medicina de avanzada, mientras que una gran parte de la población no se beneficia aún con los medios técnicos ya utilizados? Otro gasto importante es la hospitalización de enfermos crónicos, incluso a veces, en terapia intensiva. ¿Es posible brindar un sistema de ayuda médico social domiciliaria?

¿Dónde están las soluciones que reúnan el progreso con la equidad y la justicia social? Nuestra Región apuesta desde hace 25 años a la estrategia de priorizar la APS. ¿Qué tiene que tener un Centro de Salud para llamarse así? Cuando se crea un Centro de Salud ¿quién lo habilita? ¿quién lo acredita? ¿la autoridad política, la autoridad sanitaria o el Colegio Médico? ¿Cómo se integra la Región Sanitaria formalmente para evitarle la angustia a nuestros pacientes y a los médicos? Si es que debemos participar todos ¿por qué no se integra a los consultorios privados en la APS? La pobreza debilita el nido protector que es la familia. La desnutrición, la deserción escolar, el trabajo, el embarazo, la violencia y la mortalidad infantil sirven de patéticos ejemplos (*Archivos Argentinos de Pediatría*, 18/11/2004). La Convención de los Derechos del Niño, fue aprobada por la Asamblea de las Naciones Unidas el 20/11/89, ratificada por nuestro país el 27/9/90 e incorporada a la Constitución Nacional en 1994 (Art. 75, inc. 22). ¿Hasta dónde son violados estos derechos, aún sin intencionalidad, sin conmovir en la misma medida a los principales responsables? La salud de las madres, los recién nacidos y los niños debieran ser un máximo imperativo moral y ético de la "Salud Pública".

¿Llegó la hora de la elección! "La Pediatría moderna tiene un concepto totalizador, que comprende la multicausalidad de casi todos los estados de enfermedad y los factores múltiples de los que dependen la salud y el bienestar que incluyen parámetros somáticos, emocionales y sociales" (Dr. Carlos Gianantonio). "Nuestra meta será seguir trabajando en busca de la mejor y más calificada atención pediátrica y de reconocimiento a quienes la ejercen" (Dr. Domingo Longo). Fue y es nuestro compromiso. ▀

**Dr. Gustavo Bardahuil**  
Director Titular

**SECCIONES**

- Editorial ..... 1
- El sol y la piel..... 2
- Historia de la Medicina..... 4
- Actividades de la Región..... 6
- Entrevista al  
Dr. J.C. Martínez ..... 6
- Curiosidades ..... 10
- Boletín bibliográfico..... 12
- Mortalidad infantil  
siglo XXI..... 14

GRUPO EDITORIAL  
REGIÓN METROPOLITANA

Editores de

**Noticias Metropolitanas:**

Dres. Leonardo Vázquez y Carlos Luzzani

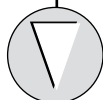
**Boletín Bibliográfico:**

Director: Dr. Ricardo Straface

**Colaboradores:**

Dres. A. Ameijeira, S. Gleich, C. Luzzani,

J.L. Marsicovetere, L. Vázquez, M. Vázquez



## EL SOL Y LA PIEL

Dres. José Antonio Máximo, Ana Delia Lanteri y Vanina Diez Pérez\*

La exposición a la luz solar, tanto durante la realización de actividades recreativas, educacionales o laborales, como intencionalmente para adquirir un bronceado de la piel, son hábitos frecuentes en nuestra cultura. La exposición al sol suele relacionarse con una sensación de bienestar, además de ser necesaria para la síntesis de vitamina D3 y un correcto funcionamiento del ritmo circadiano. Hecha en forma inapropiada trae consecuencias negativas y de vital importancia como quemaduras, fotoenvejecimiento y cáncer de piel.

Los niños pasan gran parte de su tiempo al aire libre y por lo tanto se encuentran inevitablemente expuestos a una mayor radiación solar.

Se calcula que el ser humano, hacia los 18 años, ha recibido el 80% de la radiación ultravioleta que recibirá en toda su vida, por lo cual los pediatras desempeñan un papel fundamental en la educación de los niños y sus padres sobre los efectos perjudiciales de la exposición solar inadecuada<sup>(1)</sup>.

### LAS RADIACIONES SOLARES

El sol emite radiaciones electromagnéticas principalmente en los rangos de luz ultravioleta (UV) (longitud de onda de 100 a 400 nm), luz visible (400 a 700 nm) y luz infrarroja (760 a 100000 nm). La radiación UV se subdivide en UVC (200-290 nm), UVB (290-320 nm) y UVA (320-400 nm).

Aproximadamente el 5% de la radiación solar que llega a la Tierra comprende radiación UV, representada en el 95% por UVA y en un 5% por UVB. Los rayos UVC son absorbidos completamente por el ozono de la estratósfera<sup>(2)</sup>.

### EFFECTOS DE LAS RADIACIONES UV EN LA PIEL

Varias reacciones y trastornos dermatológicos están

vinculadas a los rayos UV y la luz visible. El daño a la piel se produce por la absorción de estas radiaciones, que incitan respuestas bioquímicas culminando en efectos celulares como proliferación, secreción de mediadores inflamatorios, apoptosis, etc.

En general las reacciones a la luz solar en pacientes sin trastornos patológicos, se deben a una exposición exagerada o inadecuada.

### EFFECTOS AGUDOS DE LOS RAYOS UV EN LA PIEL NORMAL

Son la quemadura solar, el bronceado, la inmunosupresión y la síntesis de vitamina D. La *quemadura solar* es una reacción inflamatoria de la piel secundaria a la exposición a radiación UV intensa, causada principalmente por los rayos UVB. Se caracteriza por la aparición de eritema luego de 3 a 5 horas de la exposición, que alcanza un máximo a las 12-24 horas y tiende a desaparecer en 3 a 5 días. La reacción puede variar desde un eritema asintomático hasta un eritema intenso con calor, dolor, edema e incluso ampollas. Si el área quemada es extensa pueden aparecer síntomas constitucionales como fiebre, cefalea, malestar y escalofríos.

En su patogenia estaría implicado el daño del ADN epidérmico con formación de fotoproductos que provocarían una reacción inflamatoria con vasodilatación y aumento de la permeabilidad vascular. Algunos mediadores inflamatorios como citoquinas, prostaglandinas y metabolitos del ácido araquidónico, jugarían un papel como productores del eritema inducido por radiación UV<sup>(3,4)</sup>.

El tratamiento es conservador y consiste en el alivio de los síntomas con compresas frías, baños con harina de avena o almidón de maíz, emolientes, alivio del dolor con paracetamol e ingesta adecuada de líquidos. La eficacia de otros tratamientos propuestos como corticoides tópicos o sistémicos y antiinflamatorios no esteroideos es controvertida y no existe

\*Escuela de Dermatología Pediátrica. Servicio de Dermatología. Hospital de Niños “Ricardo Gutiérrez”.

evidencia suficiente que avale su uso. Los preparados que contienen anestésicos tópicos son relativamente inefectivos y potencialmente perjudiciales, ya que pueden producir una dermatitis de contacto<sup>(3,4,5,6)</sup>. El bronceado de la piel es bifásico. En primera instancia aparece un oscurecimiento pigmentario inmediato de color grisáceo que se debe a la exposición a la radiación UVA. Se produce por la fotooxidación y redistribución de la melanina existente, desapareciendo en dos horas. La función biológica de este oscurecimiento es desconocida. El bronceado tardío o melanogénesis es principalmente una reacción a la radiación UVB como resultado del aumento en el número y actividad de los melanocitos. Se evidencia al tercer o cuarto día luego de la exposición y es máximo entre los diez días y las tres semanas. El papel del bronceado como protector del fotodaño al ADN de las células epidérmicas es controvertido<sup>(2)</sup>.

### EFFECTOS CRÓNICOS DE LOS RAYOS UV EN LA PIEL NORMAL

Las secuelas a largo plazo de la exposición solar crónica, son el fotoenvejecimiento y la fotocarcinogénesis, fundamentalmente faciales, si bien no suelen observarse en pacientes sanos en la edad pediátrica. El fotoenvejecimiento se caracteriza clínicamente por arrugas finas y profundas, sequedad, escasa elasticidad, pigmentación irregular, telangiectasias y comedones, producto principalmente de la acción de los rayos UVA que penetran más profundamente en la dermis<sup>(7)</sup>.

La relación entre los distintos tipos de cáncer de piel y la radiación UV está bien establecida. La exposición crónica al sol, principalmente a los rayos UVB y en menor medida a los UVA puede causar carcinomas cutáneos no melanoma. El desarrollo de melanoma está relacionado a la exposición solar intermitente y a las quemaduras solares frecuentes o graves, que ocurren especialmente durante la niñez. A su vez, las quemaduras solares durante la edad pediátrica, se relacionan con un mayor riesgo a desarrollar nevos melanocíticos, que también constituyen un factor de riesgo para el desarrollo de melanoma. La radiación UVB es considerada la de mayor potencial carcinogénico y su absorción por el ADN de las células epidérmicas causa daños que, si no son reparados, pueden convertirse en mutaciones iniciadoras de cáncer cutáneo<sup>(8,9)</sup>.

### FOTODERMATOSIS

Este amplio conjunto de enfermedades fotosensitivas está caracterizado por una reacción anormal o adversa de la piel a la radiación solar. Se clasifican en cinco grupos principales: idiopáticas, secundarias a agentes exógenos, secundarias a agentes endógenos,

dermatosis fotoexacerbadas y dermatosis genéticas asociadas con fotosensibilidad<sup>(10)</sup>.

La incidencia en la edad pediátrica es mucho menor que en la adultez, presentándose antes de los 15 años en sólo el 26% de todos los casos<sup>(11)</sup>.

Deberían sospecharse en niños que desarrollan quemaduras, hinchazón o prurito intenso luego de una exposición solar limitada o en aquéllos que presentan una erupción o cicatrización en zonas fotoexpuestas como la cara, el escote y el dorso de brazos o manos. En general la biopsia cutánea es de escaso valor<sup>(12)</sup>.

A continuación se describirán brevemente las fotodermatosis idiopáticas:

- **Erupción polimorfa solar:** Es la fotodermatosis más frecuente y predomina en poblaciones mestizas de Latinoamérica<sup>(13)</sup>. Se presenta en las primeras tres décadas de la vida, principalmente en mujeres, el 4% de los casos antes de los 4 años y el 10 % entre los 6 y 14 años. Se manifiesta en cada primavera o verano, luego de horas o días de una exposición considerable, como pápulas, vesículas, ampollas, placas o una erupción símil eritema multiforme en zonas fotoexpuestas. Al cesar dicha exposición las lesiones resuelven en varios días sin dejar cicatriz<sup>(14)</sup>. El tratamiento se realiza con corticoides tópicos, antihistamínicos y protección solar<sup>(11)</sup>.

- **Prurigo actínico:** Se presenta principalmente en mestizos de Latinoamérica, alrededor de los 10 años de edad, como una dermatosis papulosa o nodular, muy pruriginosa que comienza en zonas fotoexpuestas y puede extenderse a zonas no expuestas<sup>(13,15,16)</sup>. Suele haber excoriaciones, eccematización, liquenificación y queilitis, que es característica y puede ser grave. Las conjuntivas se afectan en un 45% de los casos, presentando hiperemia, fotofobia y epífora<sup>(15)</sup>. El tratamiento consiste en fotoprotección, antihistamínicos y corticoides tópicos. En las formas rebeldes la talidomida suele ser efectiva<sup>(16)</sup>.

- **Hydroa vacciniiforme:** Es una dermatosis muy rara que ocurre típicamente en verano en zonas fotoexpuestas, casi exclusivamente de niños, porque tiende a autolimitarse en la adolescencia. Comienza con sensación de ardor o prurito intenso y eritema, pápulas y vesículas que aparecen dentro de las veinticuatro horas de la exposición al sol. Posteriormente las lesiones se umbilican y forman costras que luego se desprenden dejando cicatrices varioliformes<sup>(17)</sup>.

- **Urticaria solar:** Es una entidad rara que se presenta a cualquier edad como ronchas pruriginosas en zonas fotoexpuestas generalmente cinco a diez minutos luego de la exposición solar, resolviendo en una a dos horas<sup>(11,13)</sup>. El tratamiento se basa en la protección solar y antihistamínicos antes de la exposición<sup>(18)</sup>.

## CONCLUSIÓN

Resaltamos la necesidad del uso adecuado de fotoprotectores, vestimenta y principalmente evitar estar al sol en las horas de mayor radiación UV para prevenir las reacciones cutáneas secundarias a la exposición solar, subrayando la importancia capital que tiene implementar estas medidas en la niñez, para la prevención del cáncer de piel en el adulto. ▶

## REFERENCIAS

1. Berneburg M, Surber C. Children and sun protection. *British Journal of Dermatology* 2009;161 (Supl.3):33-39.
2. Kochevar I, Taylor C, Krutmann J. Fundamentals of Cutaneous Photobiology and Photoimmunology; Young A, Walker S. Acute and Chronic Effects of Ultraviolet Radiation on the Skin. En: Wolff K, Goldsmith L, Katz S, Gilchrest B, Paller A, Leffell D, editors. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 7<sup>th</sup> edition. New York: Mc Graw Hill 2008, pp 797-815.
3. Han A, Maibach H. Management of Acute Sunburn. *Am J Clin Dermatol* 2004;5(1):39-47.
4. Faurichou A, Wulf H. Topical Corticosteroids in the Treatment of Acute Sunburn. *Arch Dermatol* 2008;144(5):620-624.
5. Driscoll M, Wagner R. Clinical management of the acute sunburn reaction. *Cutis* 2000 Jul;66(1):53-8.
6. Land V, Small L. The Evidence on How to Best Treat Sunburn in Children: A Common Treatment Dilemma. *Pediatric Nursing* July-August 2008; 34:4.
7. Fisher G. The pathophysiology of photoaging of the skin. *Cutis* 2005 Feb;75(2 Suppl):5-8;discussion 8-9.
8. Leiter U, Garbe C. Epidemiology of melanoma and nonmelanoma skin cancer-the role of sunlight. *Adv Exp Med Biol* 2008;624:89-103.
9. Jhappan C, Noonan F, Merlino G. Ultraviolet radiation and cutaneous malignant melanoma. *Oncogene* 2003;22: 3099-3112.
10. Samsom S, Lim H. Classification and evaluation of photodermatoses. *Dermatol Ther* 2003;16:1-7.
11. Horkay I y col. Photosensitivity skin disorders in childhood. *Photodermatol Photoimmunol Photomed* 2008;24,56-60.
12. Paller A, Mancini A. Photosensitivity and Photo-reactions. En: Hurwitz *Clinical pediatric Dermatology*. 3er edition. Elsevier Saunders 2006, pp 503-523.
13. De los Ríos E, De los Ríos R. Fotodermias adquiridas. En: Máximo JA, Pueyo de Casabé S. *Dermatología Infantil en la Clínica Pediátrica*. 1<sup>o</sup> edición 1999, pp 230-233.
14. Ferguson J. Diagnosis and treatment of the common idiopathic photodermatoses. *Austral J Dermatol* 2003;44:90-96.
15. Stefanaki C y col. Actinic Prurigo in an Albanian girl. *Pediatric Dermatol* 2006;23(1):97-98.
16. Hojyo-Tomoka M. Diagnosis and treatment of actinic prurigo. *Dermatol Ther* 2003;16:40-44.
17. Gambichler T, Boms S. Immunologically Mediated Photodermatoses. *Diagnosis and Treatment*. *Am J Clin Dermatol* 2009;10(3):169-180.
18. Beattie P y col. Characteristics and Prognosis of Idiopathic Solar Urticaria. *Arch Dermatol* 2003; 139:1149-1154.



## BREVE HISTORIA DE LA MEDICINA (CAPITULADA)

Dres. Leonardo Vázquez y Paula Dal Din

*Continuamos con la publicación de este resumen de la Historia de la Medicina, recordando los principales hitos en la vida médica universal. Los gráficos sintetizan el mismo. Al finalizar los capítulos se publicará la bibliografía.*

### ROMANTICISMO

Se instala el **Romanticismo** hasta mediados del siglo XIX. Reina la *Naturphilosophie*, propia del idealismo alemán en el que descolló J. Müller (bioquímico Suizo, descubridor del DDT).

Se concluye que la realidad es contradictoria y no absoluta, transformándose París en el epicentro de las ciencias.

En la **Clínica Médica** Francia tiene brillantes exponentes como Corvisart (1808-percusión) y Laënnec (1819-auscultación).

En Inglaterra se destaca T. Addison (1793-1860),

médico y endocrinólogo británico que estudia el sistema hormonal. Fue el primero en describir los síntomas causados por la degeneración de la corteza o capa externa de las glándulas suprarrenales. También realizó importantes investigaciones sobre la tuberculosis, la anemia perniciosa, la neumonía y varias enfermedades de la piel.

T. Hodgkin (1798-1866), médico inglés, nació en Londres y estudió en el Guy Hospital de Londres y en Edimburgo (Escocia). Introdujo el uso del estetoscopio en el Reino Unido. R. Bright (1789-1858), médico británico que describió muchos tipos de

Período	Características	Figuras relevantes	Aspecto científico-filosófico	Eventos a destacar
Desde la última década del siglo XVIII hasta mediados del siglo XIX	Éxitos clínicos	Schelling	<i>Naturphilosophie</i> (filosofía natural)	Revolución francesa (política)
		Goethe	Morfología idealista	
		Von Baer	Embriología moderna	
	*	Oken	Citología primaria	
	Idealismo alemán	Liebig-Wöller	Química fisiológica	
	*	Magendie	Farmacología experimental	
	Empirismo	Müller	Neurofisiología	Revolución industrial (tecnológica)
		Hodgkin	Linfomas	
	*	Parkinson	Neurología	*
	Inclinación por las ciencias del espíritu	Laennec	Semiología cardio-pulmonar	
		*	Wells	Anestesia
	Vitalismo en resto de Europa	Priessnitz	Hidroterapia	La burguesía suma poder
*	Nightingale	Enfermería		

enfermedades renales y las relacionó con el edema. La Enfermedad de Bright, una aguda inflamación de los riñones (nefritis), se llama así en su honor.

Hacia 1840 J. Heine, ortopedista alemán, describe la poliomielitis.

En la escuela vienesa (1840) son figuras Skoda y Karl Von Rokitansky que realizó más de 30.000

autopsias y fue el primero en detectar el origen bacteriano de la endocarditis. Semmelweis estudió la "fiebre puerperal", estableciendo el lavado de manos obligatorio con agua y cloro.

A pesar de las pruebas que indicaban que dicha infección era causa de la falta de asepsia, la insistencia de Semmelweis en la introducción de

la profilaxis antiséptica fue un método al que se opusieron los funcionarios sanitarios.

J. Von Liebig (1803-1873), químico y pedagogo alemán, conocido por su habilidad en el campo de la experimentación, nació en Darmstadt. Como profesor de química en la Universidad de Giessen desde 1826 hasta 1852, enseñó a algunos de los químicos más destacados de su tiempo.

En Giessen constituyó el primer laboratorio de investigación química para estudiantes y también inició investigaciones en química fisiológica. En 1842 publica el primer tratado sobre química orgánica. En **cirugía** se comienza a usar el óxido nitroso como anestésico (1846), luego se incorpora el cloroformo. Esto permitió que años más tarde la cirugía se proyecte hacia grandes progresos. ▶

Próximo: POSITIVISMO - SIGLOS XX-XXI - BIBLIOGRAFÍA

## ACTIVIDADES DE LA REGIÓN METROPOLITANA

### ▶ **Curso anual de Crecimiento y Desarrollo, eje de la Clínica Pediátrica. Año 2010**

**Directores:** *Dra. Gladys Convertini, Dr. Enrique Bermúdez.*

**Población destinataria:** Médicos Pediatras y Generalistas.

**Días:** jueves. Desde el 25 de marzo a 9 de diciembre, de 19 a 22 hs.

**Carga horaria:** 108 horas con evaluación parcial y final.

**Sede:** Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires, Distrito III, Buen Viaje 554, Morón.

**Inscripción:** 4629-1611 / 4628-3035. Este Curso pertenece a la Red Nacional de Educación Continua de la SAP y le corresponden 12 créditos.

### ▶ **Curso de Actualización Pediátrica 2010**

**Directores:** *Dr. Alberto Rodríguez Pérez, Dra. Lilian Sosa.*

**Coordinadora:** *Dra. Marta Chorny.*

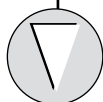
**Secretaria:** *Dra. María Alba Castro.*

**Días:** viernes. Desde el 9 de abril a 5 de noviembre, de 11 a 14 hs.

**Carga horaria:** 84 horas docentes, con evaluación final.

**Sede:** R. J. Payró 351, B° Uno, Ezeiza.

**Inscripción:** 4480 0555/0514 Int. 636. [liliansos@gmail.com](mailto:liliansos@gmail.com) / [ezeizap@gmail.com](mailto:ezeizap@gmail.com)



## ENTREVISTAS

### *a quienes nos muestran el camino*

*Dra. Patricia Cirigliano*

#### **Entrevista al**

#### **Dr. Jorge César Martínez**

Un relevamiento, necesariamente sintético, de la actividad del Dr. Jorge César Martínez, Pediatra, Neonatólogo, entusiasta investigador, destacado docente y prestigiado conferencista, destaca sus centros de interés y principales preocupaciones. En Neonatología, centró su trabajo de investigador sobre la hiperbilirrubinemia y la prevención del

Kernicterus. En Pediatría inició su formación en el Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez", para luego continuar en el Hospital Materno Infantil "Ramón Sardá" en donde actualmente se desempeña como Jefe de Unidad Neonatología. Es Profesor Titular y Director del Departamento de Pediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador.

Asimismo, es profesor en numerosas universidades extranjeras y autor de varios libros.

Su obra "Claves en Medicina Infantil", en la que lo acompañan calificados colegas, se ha convertido en valioso y útil referente para médicos y estudiantes.

Jorge Cesar está casado con Martha Lemos de los Santos, principal ayuda y cariñoso soporte de sus ideas y proyectos.

Tiene tres hijos: Paula, psicóloga infantil y Jorge y César, ambos pediatras. Son sus siete nietos: Francisco, Tomás, María, Lucía, Santiago, Manuela y Florencia.



**Noticias:** ¿Cuándo despertó la vocación?

**Dr. J.C. Martínez:** Quería ser médico desde chiquito; a los diez años lo decidí. Me acuerdo clarito hasta del lugar donde estaba parado, cuando pensé: "voy a ser médico de niños".

**N:** ¿Qué papel ha jugado la familia en su carrera?

**Dr. JCM:** El papel de mi familia ha sido central. Mis padres, que no me presionaron, me facilitaron todo para que pudiera ser médico.

Mi mujer hizo cosas espectaculares conmigo porque me ha permitido hacer nada más que Medicina. Ella se ocupó de todo lo demás. ¡Un privilegio enorme! Nunca tuve ningún problema en el exterior, fuera de los temas médicos, eso me permitió una profundidad... Si tengo que agradecer a alguna persona, es a mi mujer. Toda la vida me ha apoyado y me apoya de una manera increíble... Nunca me dijo lo que me estaba facilitando. Realmente maravillosa.

Y después mis hijos; los dos varones son pediatras y la mujer es psicóloga infantil. Tendría que hacerle un monumento a mi mujer. Amo mi familia, mi profesión, y tengo el privilegio de estar con mi familia y mis pacientes en ese momento exacto donde la vida comienza y luego, crecer todos juntos.

**N:** Su obra trata de un cambio de conceptos más allá de un cambio de palabras...

**Dr. JCM:** Efectivamente. La terminología tiene mucho que ver... cómo se refiere uno a la gente, qué es lo que está ocurriendo cuando hablo con otro y lo que estoy sintiendo.

Hago énfasis en la palabra feto. Decimos los médicos "el feto..." y nunca escuché a ninguna madre decir ¡qué grande está mi feto! o ¡cómo se mueve mi feto dentro de la panza. ¡Y nosotros estamos todo el día hablando de frecuencia cardíaca fetal, monitoreo fetal y feto y feto y feto...

Podrá decirse: ¡Y bueno!, es semántico, no tiene importancia, viene del latín "fetus", que significa engendrar. Pero igual si digo feto no estoy diciendo bebé; al cabo no estoy respetando. ¡Estoy llamando distinto a lo más grande que hizo esa madre en su vida!

En toda relación humana, y en medicina especialmente, debemos tener mucha pulcritud al referirnos al otro. Trato de inculcarlo a los alumnos desde la

Facultad. Cómo nos referimos, cómo respetamos, la forma en que nos conectamos.

Es fundamental la dialéctica, la taxonomía, porque como dijo el gran Gianantonio "curar, curamos a veces, pero acompañar podemos siempre". El acompañamiento empieza con la palabra. Ahí se define querer o no querer acompañar. En la Facultad nos enseñan cosas muy buenas, pero faltan otras cuando se nos está olvidando la comunicación humana. Diciendo o no, uno puede cometer un grave error o herir a una persona de por vida.

Hay madres no informadas porque hace muchos años "entendieron mal" algo. Cuando no nos entienden algo, decimos "me entendió mal", en lugar de: "Señora, yo no me expliqué bien". ¡Debemos bajar la información en medicina al nivel que la gente entienda!

Es gracioso comprobar que los médicos creen de buena fe que explican correctamente. Un día entro a una Sala y encuentro a una mamá llorando al lado de un bebido icterico que estaba bajo tratamiento de luminoterapia.

Le pregunto: "madre, qué pasa, por qué llora" y me dice "yo no sé qué tiene mi bebe, no sé que tiene" y lloraba! (yo pienso, se internó recién y no sabe lo que tiene su bebé). ¿Cuánto hace que está internada?, le pregunto. Hace 48 hs. me contesta. Entonces salí corriendo a buscar al residente a cargo.

¿Hace 48 hs. que está internada y no sabe lo que tiene? La respuesta me clarificó mucho "... No Doctor, si yo le dije que el bebé tiene hiperbilirrubinemia y lo estoy tratando con luminoterapia". Para el residente era clarísimo... y nunca más se preocupó. ¡Y la madre estaba llorando porque no había entendido nuestro lenguaje!

La forma cómo nos comunicamos y los conceptos que utilizamos son fundamentales.

**N:** Donde estriba la diferencia que usted marca entre períodos sensibles y críticos?

**Dr. JCM:** Cuando uno dice “es un período crítico” la persona piensa “es algo grave”. Al decírselo a la madre, inmediatamente piensa que algo malo, muy malo, le puede pasar a ella o a su bebé. Que está bien utilizado el término al decir la situación del mundo es crítica.

Sensibilidad significa que los órganos de los sentidos nos dan más permeabilidad al ingreso del mensaje, sea éste visual, auditivo o táctil.

Se está más permeable para captar a la mamá que está mucho más sensible y a su bebé también. Una gran permeabilidad a la comunicación es a través de mensajes sensoriales. El bebé siente el tono afectivo del sonido. Sin duda, el neonatal inmediato es un período sensible desde esa óptica, pero no un período “crítico” sino “sensible” para aprovechar. Expreso: “tengo todos mis sentidos abiertos para recibirte”, utiliza lo que quieras. Es la gran diferencia entre crítico y sensible.

*N: Es un axioma en su obra: “máxima tecnología-máxima sensibilidad”. ¿Es a veces sensibilidad versus tecnología? ¿Cuánto influye la avanzada tecnológica en el hacer del pediatra?*

**Dr. JCM:** Influyen mucho. Porque hablamos de alta complejidad en medicina cuando hay alta complejidad tecnológica pero nunca hablamos de alta complejidad humana.

Los seres humanos desarrollamos alta complejidad cuando nuestra sensibilidad y capacidad de comunicación a través de todos los sentidos, de los gestos, está al máximo.

Quizás hemos dado la información equivocada a la nueva generación, al entender que la alta complejidad es la tecnológica. Nos consultan por un problema teóricamente banal, “no tengo leche” e interpretamos “eso es de baja complejidad”. Es calificado de baja complejidad, cuando es gravísimo para la madre y es, definitivamente, de altísima complejidad, porque ¿cómo hacer para poner en marcha y potenciar todo el mecanismo hormonal que lo estimula?

Debemos revertir esto en las nuevas generaciones, desde las facultades donde se inician nuestros residentes. No cabe ninguna duda que ha sido muy importante la alta complejidad tecnológica que permitió enormes avances en diagnósticos y en tratamientos. Pero atención: no estimular una en detrimento de la otra alta complejidad. Dar la misma importancia a una que a la otra. Hoy se privilegia la alta complejidad tecnológica. Al juzgar médicamente, se pregunta: ¿Este servicio, de qué es? ¿De alta complejidad? Si tiene 25 aparatos, 33 monitores, se concluye que es alta complejidad. Este Servicio que se encarga de lactancia materna,

del alta de los pacientes de desarrollo normal, ... pues esto es de baja complejidad... Grave error.

*N: ¿Se valoriza la capacidad maternante a través de la lactancia?*

**Dr. JCM:** Por fortuna, y en especial en nuestro país, se está haciendo un gran trabajo para revalorizar la lactancia materna.

Las madres tienen que recibir, así, con alta sensibilidad por parte nuestra el mensaje permanente: eso es muy importante.

Los médicos debemos estar realmente convencidos y transmitirlo. Miro la leche y veo algo blanco, y ¿qué está pasando acá? No está pasando gran cosa. ¿No sería mucho más importante aquel aparato de asistencia respiratoria o la droga de última generación? Debemos estar convencidos de la importancia de la lactancia materna.

Cada vez es más la gente, gracias a lo que hace la SAP, que participa de ese convencimiento. Hay que seguir enfatizando. A veces pensamos: “ya lo dijimos tantas veces”. Por ejemplo, las características inmunológicas de la leche. ¿Por qué no lo repetimos? Gianantonio recalcó “A las cosas importantes hay que repetirlas porque, a veces, la gente no las escucha”. Tenemos que insistir.

Daríamos lo que no tenemos porque alguien produjera una droga, llamémosla droga, o compuesto similar al de la leche humana! Si lo tenemos al alcance de todos... empecemos nosotros por calificarlo, por darnos cuenta que eso es, nuevamente, de alta complejidad. Las madres lo entienden y la ayuda está en que yo se lo explique bien. Si le digo “Sí, déle leche que es lo mejor” no es suficiente. Si yo no estoy convencido, si no pongo toda la pasión en el convencimiento, no voy a convencer. La mamá ya lo está, pero debo ratificar que lo que ella pensaba es cierto. Que la ciencia le dice: Sí.

*N: ¿Cambian ellas si son apoyadas?*

**Dr. JCM:** Sí, es tremendo. Una madre que se siente apoyada, acompañada, tiene un potencial inmenso. Primero, porque entiende inmediatamente, estamos hablando de su hijo, lo más grande que hizo. El mismo concepto dado en una charla para médicos es entendido el aspecto científico. Lo recibido por las madres le agrega una “polenta” y una pasión terrible porque estamos hablando de “su” hijo.

La educación de futuros padres, de los padres y sus familias es mi principal objetivo y prioridad. Ellos son capaces de cooperar con la medicina profundamente. La mujer, hoy, hace todo. Es madre, y además trabaja, cuida la casa, la familia, la pareja y ¡hasta el ingreso!

Una de las principales cosas que he hecho por



ellas es escucharlas. Necesitan muchísimo que las escuchemos. Se las escucha poco y tienen mucho para decir. Y además cosas brillantes.

Cuando ellas vienen y me plantean el problema de su hijo, le pregunto “¿y usted que haría?”. Primero me miran un poco asombradas, como diciendo “¿vengo al profesional y el profesional me devuelve la pregunta?”. Después de unos segundos en silencio... hablan. Y les aseguro que dicen las cosas más brillantes que ni a nosotros se nos hubieran ocurrido, porque ¿quién conoce mejor a esa criatura que su madre? Ella precisaba que se la autorizara: Señora, lo que usted está pensando es verdad, es lo que su hijo necesita a pesar de pensar en contra de lo que dice la mayoría... sí, pero la mayoría no es su hijo, que es único.

Compruebo el potencial de la madre acompañada, insisto, independientemente de su nivel socioeconómico o cultural. A menor nivel socioeconómico, decimos: a “ella” le tengo que explicar todo, le tengo que decir todo. ¡¡Nooo!! ¡Déjenlas hablar! No se olviden que todas han tenido una madre, de la cual también han aprendido un gran saber aunque opacado por el conocimiento científico o el de la sociedad.

Muchas veces por pautas que dicen “NO”, “el bebito tiene o no tiene que hacer esto o lo otro”, y ella siente que le surge hacerlo y no lo hace pura y exclusivamente porque no la hemos dejado hablar! Ellas necesitan conversar, dialogar con nosotros... Alguien dice “no tengo tiempo, tengo 15 minutos de consulta”. Darse cuenta que pesarlo y medirlo es importante pero podemos hacerlo rápido!!! Gaste- mos 30 segundos en eso y el resto de la consulta... en que ellas hablen.

*N: ¿Hubo cambios importantes en su “super especialidad”, la hiperbilirrubinemia? ¿Hay nuevas indicaciones en APS, y en la atención temprana?*

**Dr. JCM:** El tema ictericia me apasiona desde hace 40 años cuando empecé mi residencia.

Hacíamos muchas ex sanguino transfusiones a los bebitos ictericos (en ese momento había muchos bebés con incompatibilidad Rh, no teníamos gammaglobulina anti D... la luminoterapia recién empezaba... Los chicos pasaban de estar sanitos a estar gravemente enfermos.

En Neonatología fue el tema que más me apasionó. Si me pregunto 40 años después, ¿qué ha pasado? Respecto de los avances de la ciencia, sí, hemos avanzado bastante. Pasa que uno se pone siempre en exigente. ¡Quiero más! Inclusive recuerdo, cuando salió la gammaglobulina anti D, dije ¡por fin, se terminó el problema; ahora nunca más vamos a tener niños afectados con incompatibilidad Rh!

Y, lamentablemente, aún los hay en el mundo y en nuestro país.

Hemos avanzado mucho, pero en cuanto se baja la guardia, aparecen los casos de kernicterus y la encefalopatía bilirrubínica.

Entonces, ¿qué es lo que necesito? ¿aparatos y luminoterapia nuevos, equipos más potentes? Conclusión: lo que necesito es estar mucho más cerca del paciente de lo que estaba antes.

Por ejemplo, ese bebé nace y ahora le doy de alta velozmente... a los 2 días se tienen que ir la madre y bebé del lugar del nacimiento.

Estamos todos apurados. Altas... altas... alta precoz. Quizás en ese momento el bebé no parece “muy” icterico, pero la hiperbilirrubinemia se va a desarrollar después y presentará sus valores más altos justamente cuando no lo estoy controlando. Debo definir avance y diferenciarlo de las innovaciones para valorar lo vivido en estos últimos años (el tratamiento de la hiperbilirrubinemia ha tenido un sinnúmero de innovaciones).

Hay acciones importantes que sólo pueden realizarse en algunos lugares. Podrán ser importantes innovaciones, pero no avances. Algunos podrán controlar muy bien la eficacia del equipamiento, otros no. Un aparato potentísimo de luminoterapia podrán tenerlo algunas instituciones y otras no.

Un avance, en cambio, es controlar muy bien al paciente. Es decir, calificarlo bien, sin riesgo o con riesgo de ictericia. Si tiene riesgo tengo que citarlo enseguida, a las 24 hs. No más de 48 hs. y volverlo a citar y volverlo a citar, hasta que el problema desaparezca. No necesito ningún aparato. Me necesito a mí prestando atención al problema y convenciendo y adecuando mi servicio para saber que hay que controlar a esos pacientes los primeros días muy seguido. Y eso sí es un avance.

Avance para mí es aquello que se puede hacer en cualquier parte del mundo. Aparatos se pueden o no comprar, y serán en todo caso una gran innovación.

Saber que para tratar bien la ictericia y no tener problemas, el control tiene que ser muy seguido, los primeros diez días de vida, las primeras semanas. Control que no requiere nada más que yo quiera hacerlo, conozca el problema y esté dispuesto a resolverlo. Indico el tratamiento adecuado en el momento oportuno.

He vivido innovaciones y avances pero quizás lo más importante es haber entendido la enorme diferencia entre estos dos conceptos.

Formulaste una pregunta que yo recién me hago. ¿Qué fue lo más importante que aprendí sobre el tema de la ictericia neonatal? ¿Las luminoterapias?, ¿las exsanguinotransfusiones?, ¿la gammaglobulina?

por supuesto fueron todas cosas muy importantes. Pero lo más importante de todo es estar al lado del paciente. No decirle: váyase de alta, este problema se soluciona, es una ictericia, no tiene importancia. Váyanse tranquilos. Estar junto con ellos hasta que el problema se resuelva. Eso creo que es lo más importante.

Seguramente de esa manera no voy a tener bebés con problemas (en la medida que tenga equipamiento adecuado, por supuesto). Si no, por más equipamiento que tenga el daño puede producirse. Si el niño se va, y no vuelve; lo perdí.

*N: ¿Un consejo para quienes inician su trabajo pediátrico?*

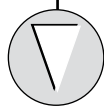
**Dr. JCM:** Sí. Lo converso mucho con los estudiantes. Lo primero es que tengamos **humildad**. Durante mucho tiempo, (lamentablemente algunos aún lo creen), nos hemos creído Dios. Nadie podía contradecirnos. Lo primero es humildad. Saber decirse a uno mismo y al otro: “esto no lo sé”, con honestidad.

En los pases de Sala, cuando pregunto y alguien me dice “no sé” y todos lo miran como diciendo ¿cómo no sabe?, lo felicito. Le digo: esto es honestidad, si usted no lo sabe, será porque yo no se lo dije, y entre todos buscaremos la respuesta que, a veces, no existe.

Diría **humildad**, en el sentido de que “no soy Dios”. **Honestidad** en el sentido de que si no sé, tengo que ir a buscar ese saber.

Y finalmente... **compromiso** con el paciente. A pesar que tantas veces nos han dicho que no hay que involucrarse emocionalmente, para tomar decisiones frías, personalmente creo que es un grave error. Cuánto más estemos emocionalmente involucrados mejor será el acompañamiento para ese paciente. Y algo que también aprendí del gran Gianantonio, uno no puede saber todo, pero sí es importante que sepa elegir muy bien los consultores.

Así les digo a nuestros alumnos: “... si usted tiene humildad, tiene honestidad, tiene compromiso con sus pacientes y supo elegir muy bien sus consultores: **usted va a hacer una buena medicina**”. ▶



## CURIOSIDADES

### Hospitales y calles de la Región Metropolitana

*Dr. Juan Luis Marsicovetere*

#### **Dr. COSME MARIANO ARGERICH**

Entre los médicos que fijaron su residencia en Buenos Aires al promediar el siglo XVIII, el más famoso fue el coronel don Francisco Argerich, cirujano militar, médico de los Jesuitas en Buenos Aires y de otras Órdenes Religiosas.

Es el primero de los Argerich en ejercer la Medicina en el Virreinato. Tendría 17 hijos. Uno de ellos, *Cosme Mariano Argerich*, el primogénito, había nacido en la ciudad de Buenos Aires el 26 de Setiembre de 1758. En 1776 su padre lo envía a estudiar a España, donde obtiene en 1783 el título de Medicina del Gremio y Claustro de la Real y Pontificia Universidad de Cervera (Barcelona) y se casa allí con la joven Margarita Martí.

Al asumir en 1778 el gobierno del Virreinato del Río de la Plata el virrey Juan José de Vértiz y Salcedo, ante el evidente abandono de la asistencia pública y las serias deficiencias de los servicios hospitalarios y farmacéuticos, resuelve crear el Protomedicato del Río de la Plata. Nombró al primer Protomédico: el irlandés doctor don Miguel

O’Gorman designado como “Protomédico General y Alcalde Mayor de todos los facultativos en Medicina, Cirugía y Farmacia en todos los distritos del Virreinato” (según lo atestiguan Juan María Gutiérrez y otros estudiosos, su apellido era Gorman). A O’Gorman, se le debe la introducción del método de inoculación contra la viruela. Miguel O’Gorman, que había estudiado en París y Reims y revalidado su título en Madrid, llega al Río de la Plata en 1776.

El plan de estudios del Protomedicato se basaba en el de la Universidad de Edimburgo. Funcionó de manera precaria hasta 1798, año en el cual llegó la autorización Real para el Protomedicato para organizar los estudios médicos.

El Virrey Joaquín del Pino en 1801 crea en el Protomedicato las cátedras de Anatomía y Medicina inaugurándose así la primera Escuela de Medicina en el Virreinato. Esta escuela funcionó en la intersección de las actuales calles *Perú* y *Alsina*, en Buenos Aires, utilizando también las aulas del Colegio de los Jesuitas.

En 1794, de regreso a Buenos Aires, *Cosme Ma-*

*riano Argerich* fue nombrado Examinador del Protomedicato y más tarde Secretario del Protomedicato, al suceder a O'Gorman en 1802. Comenzó a partir de ese momento a dictar la Cátedra de Medicina. Los quince primeros jóvenes sudamericanos inician su primer curso de Medicina en Buenos Aires el 2 de marzo de 1801 y seis años más tarde egresan los primeros médicos criollos. Entre ellos figuraba Francisco Cosme Argerich, quien era hijo de *Cosme Mariano Argerich* y nieto de Francisco Argerich, ambos de destacada actuación en el ambiente médico del Buenos Aires de entonces. Francisco estudió en el Colegio de San Carlos donde fue compañero de Bernardino Rivadavia y en 1801 inicia su carrera de medicina en el primer curso del Protomedicato donde tuvo como maestro a su propio padre.

La institución tiene una existencia muy precaria, faltan recursos y escasean profesores y en 1812 prácticamente se extingue. La vestimenta de los estudiantes era una toga de raso negro, larga y abotonada desde el cuello con una esclavina bordada de color amarillo y negro, y un birrete cuadrangular con una espiga de los mismos colores con flecos hacia los costados. La vestimenta se completaba con guantes blancos y un anillo de piedras preciosas.

*Cosme Mariano Argerich* ejerció la medicina en forma privada y pública, ayudando en algunos hospitales organizados por las órdenes religiosas y en el Colegio de Huérfanos. Participó en la lucha contra los brotes de viruela en 1794 y 1796. Publicó un artículo en el Telégrafo Mercantil, donde recomendaba recurrir a la vacunación antivariólica. Actuó en las invasiones inglesas como oficial del segundo escuadrón de Húsares pero en cuanto comenzaron las batallas, se destacó como cirujano para atender a los heridos. Ayudó tanto a criollos como a ingleses por igual y fue nombrado médico jefe del Hospital de la Caridad. Participó en el cabildo abierto del 22 de mayo de 1810 y se pronunció contra el virrey Baltasar Hidalgo de Cisneros.

Después de la Revolución de Mayo sirvió como jefe del Protomedicato.

En 1812, junto con Luis José de Chorroarín y Diego Estanislao Zavaleta, compusieron un plan de estudios generales y de educación pública, que resultó impracticable. La Asamblea Constituyente de 1813 encomienda a *Cosme Mariano Argerich* la redacción de un proyecto de Facultad Médica Quirúrgica, destinada a reemplazar a la antigua Escuela Médica. Se crea el Instituto Médico Militar, escuela médica dedicada a formar cirujanos

para el ejército, institución de urgente necesidad en aquel momento.

En 1814 se inician las clases de la Escuela Médica en el Instituto Militar bajo la dirección de *Cosme Mariano Argerich*. Allí se formó una generación de médicos porteños. Son sus primeros alumnos: Xavier Muñiz, Miguel Rivera, José María Gómez de Fonseca, Agustín Favre, Pedro Martínez, Victoriano Sánchez, Diego Sánchez, Francisco de Paula Almeyra, Celedonio Fuentes y Benito San Martín. Participó como cirujano en el Combate de San Lorenzo.

Desde 1813 se desempeñó como cirujano del Ejército del Norte, acompañando al general Manuel Belgrano y asistiendo a los heridos de las batallas de Tucumán y Salta. Proyectó un Reglamento de Medicina Militar.

En septiembre de 1816 el doctor *Cosme Argerich*, regresó a Buenos Aires, debido a su mala salud y junto con Diego Paroissien (nombrado Cirujano Mayor del Ejército de los Andes) tuvo a su cargo la organización del Departamento de Hospitales del Ejército, constituido por 3 profesores, 5 betlemitas y 7 civiles asistentes de cirujanos en cumplimiento del mandato del Instituto Médico Militar. El mismo ordenaba el mejor servicio de los Ejércitos de la Patria y proveyeron a San Martín los insumos médicos y sanitarios para la campaña libertadora de Chile. Entre todos lograron formar un verdadero hospital que auxilió al ejército en el cruce de los Andes. Pasó el resto de su vida enseñando medicina y organizó la sanidad del puerto.

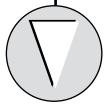
El 14 de febrero de 1820 fallece el Director de la Escuela Médica del Instituto Médico Militar, el Dr. *Cosme Mariano Argerich*. Sus restos descansan en el Cementerio de la Recoleta y su recuerdo permanece en la memoria colectiva.

En la Ciudad de Buenos Aires dos hospitales llevan su nombre: a partir del 24 de Octubre de 1904 el que fuera Hospital Vecinal de La Boca (Dr. *Cosme Mariano Argerich*) y el Hospital Militar Central (Cirujano Mayor Dr. *Cosme Argerich*).

Varias calles de nuestra Región honran el apellido Argerich y su trayectoria. También a O'Gorman se lo recuerda en una calle de Villa Soldati. ■

## BIBLIOGRAFÍA

- Litvachkes, Roberto. Historia del Hospital Argerich.
- Sosa, María Beatriz. Historia de la Medicina en Argentina.
- Babini, José. Historia de la ciencia argentina.
- Proyecto Ameghino: Los orígenes de la ciencia argentina.



## BOLETÍN BIBLIOGRÁFICO

### 1) LÁMPARAS DE BAJO CONSUMO Y MERCURIO

Ha aumentado el número de lámparas de bajo consumo, básicamente por su escaso gasto de energía y por su larga duración: 10 veces más que las comunes. También son un medio para luchar contra el cambio climático.

Los países que más rápidamente las han adoptado son: Australia (que espera para 2010 no utilizar más bombillas incandescentes), también Estados Unidos, y la Unión Europea.

Sin embargo, estas lámparas presentan un problema: contienen mercurio, por lo que no se pueden tirar en la bolsa de la basura doméstica.

Tan sólo en Estados Unidos se han vendido el año pasado, 2 mil millones. Cada bombilla contiene 5 mg de mercurio, lo que las hace peligrosas. Su rotura sin medidas adecuadas para su eliminación, puede ser un riesgo serio para fetos y niños pues actúa como neurotoxina. No es igual que el mercurio contenido en los peces, pues una lata de atún puede contener solo décimas de miligramo. Sin embargo, puede filtrarse en los vertederos hasta los acuíferos; en residuos incinerados lo arrastrará al aire.

En EE. UU. el reciclado de estas bombillas ronda el 24 %.

Cuando se rompa una de ellas en su hogar se sugiere abrir las ventanas para disipar los vapores de mercurio, luego póngase guantes y utilice cinta adhesiva para recoger los trozos pequeños y el residuo en forma de polvo del interior de la bombilla. Coloque la cinta y los fragmentos grandes de bombilla en una bolsa de plástico. Tras haber pasado la aspiradora, coloque la bolsa del depósito de la misma, dentro de bolsas de plástico doblemente selladas antes de tirarlas, se sugiere rotular el envase como peligroso para la salud. ▀

*Appell, David.* Investigación y Ciencia; pág 11, diciembre 2007.

### 2) ASOCIACIÓN DE ASMA, OBESIDAD Y ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN NIÑOS

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una entidad altamente prevalente en nuestro medio; puede manifestarse en pacientes pediátricos como tos crónica o asma.

También se ha evidenciado mayor prevalencia de ERGE en pacientes obesos. La asociación entre asma y obesidad ha sido descripta.

El objetivo de este estudio es determinar la frecuen-

cia de síntomas de ERGE en pacientes obesos con y sin asma.

Métodos: este es un estudio transversal, descriptivo, donde se evaluaron, mediante un cuestionario validado, síntomas de ERGE en pacientes obesos con y sin asma.

Resultados: se incluyeron 75 pacientes con una edad media de  $11.9 \pm 2$  años, con índice de masa corporal (IMC) promedio de  $26.7 \pm 4$  kg/m<sup>2</sup> (puntaje Z de  $3.8 \pm 1.7$ ). Encontramos una frecuencia de ERGE por cuestionario de síntomas de 48% (36 pacientes). Además, 52% de los pacientes (39 casos) tenían el diagnóstico de asma. Los pacientes obesos con sintomatología de asma y ERGE combinadas tuvieron una frecuencia de 36% (27 pacientes); en los pacientes no asmáticos fue de 12% (9 pacientes). Esta diferencia es significativa ( $\chi^2 = 14.6$ ,  $P < 0.05$ ). La razón de momios de presentar ERGE en pacientes asmáticos con obesidad es de 6.75 (intervalo de confianza de 95% 2.4-18.6).

Conclusión: presentar obesidad y asma simultáneamente incrementa el riesgo de tener ERGE en la población pediátrica. El manejo de los pacientes con estas alteraciones concomitantes aparece como un reto.

El desarrollo de nuevas guías clínicas para la atención eficaz de nuestra población tendrá que cambiar necesariamente ante la inminente transición epidemiológica tan altamente prevalente en obesidad. ▀ *Villalpando-Carrión S., Ura-Hernández J.P., Río-Navarro B.E., Heller-Rouassant S.* Bol Med Hosp Infant Mex marzo-abril 2009;66(2):153-159.

### 3) NIÑOS PEQUEÑOS CON PRIMER EPISODIO FEBRIL POR INFECCIÓN DE TRACTO URINARIO CON REFLUJO VÉSICOURETERAL SUPERIOR. SCREENING CON ECOGRAFÍA RENAL, CENTELLOGRAFÍA CON TECNECIO 99m Y ÁCIDO DIMERCAPTOSUCCINICO (DMSA).

A pesar de la frecuencia de infección del tracto urinario en los niños, no hay ningún consenso general sobre los requerimientos de estudios por imágenes.

En Mackay Memorial Hospital, Taipei, Taiwán, se revisaron los archivos médicos de 699 niños, entre 2 meses y 2 años, admitidos con una primera infección febril del tracto urinario (ITU). Todos se habían examinado con la ecografía renal, DMSA y cistouretrografía miccional (CUG). El reflujo vesicoureteral (VUR) de alto grado (III-IV) se diag-

nosticó en 119 (17%). El examen de los resultados de la ecografía fue anormal en 392 (56.1%) y DMSA fue anormal en 288 pacientes (41.2%). La hidronefrosis renal, la dilatación pelvicalicial e hidroureter eran las señales más fiables para predecir VUR superior.

El DMSA fue la herramienta más sensible para descubrir pielonefritis aguda y el marcado de la cicatriz renal, con una sensibilidad de aproximadamente del 90% para pielonefritis aguda.

El uso de una estrategia con dos tests (ecografía renal más DMSA) tuvo una sensibilidad del 83,2% y un valor predictivo negativo de 91,5% para detectar reflujo de alto grado.

Las investigaciones concluyeron que la cistouretrografía está indicada sólo cuando se demuestran las anomalías en cualquiera de las dos pruebas mencionadas. ▀

Lee el M-D et al. J Pediatr junio 2009;154:797-802.

**Comentario:** *Parece bastante claro que con un estudio de gammagrafía (DMSA) normal la CUG es innecesaria; esto no implica necesariamente que un examen de ecografía anormal o un DMSA anormal o incluso ambos, constituyan una clara indicación para una CUG.*

*Algún día esperemos que alguien evalúe si hay diferencias en el seguimiento de los niños que tienen imágenes después de un primer ITU y aquéllos en los que los procedimientos por imágenes son diferidos hasta después de un primer episodio o con la repetición. (R. Goldbloom). ▀*

#### 4) AUMENTO DEL GASTO DE ENERGÍA CON ACTIVIDAD PROMOVIDA POR LOS JUEGOS DE VIDEO.

Ha habido amplia variación en el éxito de programas diseñados para mejorar opciones de comida y aumento de la actividad física diaria en la escuela, lugar de trabajo o casa.

En Mayo Clinic, Rochester, MN, investigadores probaron la hipótesis que niños y adultos gastarían

más calorías y tendrían más actividad física mientras juegan video juegos que promueven actividad, comparado con los juegos de video sedentarios. Reclutaron a 22 niños sanos (11 varones y 11 mujeres) y 20 adultos, (10 varones y 10 mujeres) de altura y peso diferente. Ocho de los niños tenían sobrepeso u obesidad y 10 de los adultos estaban obesos.

Los dos sistemas de videos usados eran Play Station II y Nintendo Wii.

La actividad física era registrada con un sistema de medida desarrollado y validado por los investigadores, el gasto de energía era medido con una precisión alta por un calorímetro indirecto.

Como era esperado, el gasto de energía en reposo y durante varias actividades era significativamente más alto para los niños que para el adultos ( $p < .001$ ). Sin tener en cuenta esta diferencia, el gasto de energía era más del doble con los videos que promueven actividad.

Los investigadores predicen que si un niño juega 8 horas de video juegos por semana, quemaría 652 calorías si es un video sedentario, contra 1.990 calorías (promedio 284 calorías por día) jugando el promotor de actividad Nintendo Wii Boxing.

Desde el juego de video, ambos, niños y adultos, tienen un aumento substancial del gasto de energía a través de juegos de video promotores de actividad. ▀ Lanningham-Foster, L et al. J Pediatr junio 2009 154:819-823.

**Comentario:** *No hay ninguna sorpresa en saber que la participación en cualquier actividad donde se deba mover salvajemente, producirá mayor gasto de energía que quedarse en la cama con los ojos en la televisión y una mano en el control remoto. Pero sería más oportuno trasladar tales observaciones sobre la incorporación de videogames promotores de actividad (sin sentido), en la vida diaria de un significativo número de niños, si los giros asociados hicieran algo positivo, también, en la mente. Beneficios termodinámicos similares, al reforzar la actividad de los videogames, se reportaron en 2006, en Mayo Clinic (R. Goldbloom). ▀*

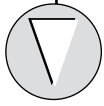
---

## ADENDUM

*“La amistad, es un alma que habita en dos cuerpos,  
un corazón que habita en dos almas.”*

**(Aristóteles)**

---



# MORTALIDAD INFANTIL SIGLO XXI

## REGIÓN METROPOLITANA SAP. Análisis y propuesta

**Dr. Saúl Gleich**  
Médico Pediatra

*“Si quieres saber la evolución económica de un país debes conocer los índices de morbimortalidad infantil”*  
Henry Marisse

Si hay un indicador de salud que duele, indudablemente, el de mortalidad infantil se lleva las palmas.

Es por eso que me he propuesto hacer una lectura crítica de él en nuestra Región Metropolitana de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP).

La Región Metropolitana de la SAP (entidad científica que nuclea a más de 15.000 pediatras de la República Argentina) está conformada por la Ciudad de Buenos Aires y 25 partidos o municipios del Conurbano, divididos en 3 sectores (Norte, Oeste y Sur) en la que trabajan casi el 50% de los socios de la institución.

La mortalidad infantil es un indicador que relaciona los fallecidos menores de un año con los nacidos vivos (fallecidos/nacidos vivos x 1000) por sector que se quiera analizar (país, provincia, municipio, etc.).

Pero estos valores si quieren ser mas dolorosos pueden ser expresados en numero de niños fallecidos, lo que lo hace mas fuerte, pero no es útil para comparar distintos distritos entre sí.

El máximo nivel de descentralización del análisis por tasas es el municipal en general, salvo algunos estudios que estudiaron tasas barriales (La Plata, 1997).

Las tasas de MI municipales, provinciales o nacionales no miden en toda su expresión la realidad de lo que ocurre ya que son un promedio de lo que acontece en la realidad.

En todo municipio, provincia o país existen centros o sectores de altos recursos y saneamiento ambiental adecuado (agua, cloacas, etc.) que tiene tasas del primer mundo, es decir de un dígito (menos de 10/1000) que convive con sectores sin saneamiento ambiental, población NBI, pobreza, etc., que presentan a veces valores vergonzantes que superan en un 100% los de la tasa promedio.

Si se analizan las Tasas de MI de la provincia de Buenos Aires, conurbano, y resto de la provincia se ve que a pesar del gran crecimiento macroeconómico del país y la provincia ocurrido desde 2001 (8 a 9% anual) a la actualidad, los valores de este indicador se mantienen igual o con variaciones mínimas.

Si se comparan con países vecinos vemos que con menor inversión y crecimiento tienen tasas menores a las nuestras; que desde 1950 vamos retrocediendo en el ranking de MI de los países de Latinoamérica siendo superados por países aparentemente más pobres.

Al analizar las tasas del siglo XXI (a partir del 2001) se ven las variaciones que se ven año a año en los municipios del conurbano bonaerense por lo que para su análisis he tomado tres alternativas:

1. La variación de la MI entre 2001 al 2007 por municipio.
2. La variación de la MI entre 2001 al 2007 provincial.
3. Comparar por el promedio de MI (2001/2007) por municipio y provincia.

En una primera mirada de los cambios de la tasa de MI entre 2001 y 2007 por municipio se encuentra que de 25 distritos la mayoría (16) descendieron las tasas, 3 están igual y 6 la aumentaron.

Pero si uno ordena los municipios por valores de tasas de menor a mayor se encuentran diferencias importantes, desde 9,6/000 de San Isidro al 23,4/000 de Ezeiza en el 2001 (150%) y del 7,3/000 en V. López al 20,6 en P. Perón en el 2007 (200%).

Si ordenamos los municipios de acuerdo a sus tasas de menor a mayor vemos claramente marcada que la ubicación del 2001 es muy parecida que las del 2007, es decir que los municipios con tasas altas ( superiores a la tasa provincial) siguen igual a pesar de haber descendido algo los valores, salvo raras excepciones (San Fernando, Avellaneda) que descendieron entre un 40 a 50% sus tasas de MI.

También que los municipios de mayores tasas son los mismos en la actualidad que a principios de siglo: Presidente Perón, Ezeiza, Merlo, Moreno, Florencio Varela y Tigre.

Los municipios de menor tasa de MI son: Vicente López, Avellaneda, San Fernando, San isidro, Tres de Febrero y Morón.

El 50% de los municipios con alta tasa de MI corresponden al sector Sur del conurbano y sólo 1 al sector norte.

El 60% de los municipios de menor tasa de MI corresponden al sector Norte del conurbano.

Es decir que el sector más álgido, donde se deben apuntar los cañones para aplicar políticas activas correctivas es claramente el sector Sur y más específicamente el segundo cordón.

Pero como lo enuncié al principio, seguro que los municipios que tienen tasas de 1 dígito tienen bolsones de población con tasas que superan ampliamente esos valores, por lo que creo necesario la conformación de grupos de trabajo municipales para la vigilancia epidemiológica activa de la MI.

Considerando que la vigilancia epidemiológica activa no es solamente la burocrática de “contar” los fallecidos y dividirlos en grupos (neonatal precoz, neonatal tardía, posneonatal, fetal, perinatal) evaluando certificados de defunción, generalmente incompletos y con subdiagnósticos, que impiden la implementación de los criterios de reducibilidad.

Hay que agregar actividades de trabajo en terreno, como la autopsia verbal, visita a las instituciones donde fallecieron (90% de la MI es institucional y 10% domiciliaria) a cargo de equipos multidisciplinarios

(pediatras, asistente social, psicólogo, sociólogo, educadora barrial, etc.) elaborando así un **certificado de defunción de fuentes múltiples**.

Se considera **certificado de defunción de fuentes múltiples** a aquel que surge de **tres datos** como mínimo:

1. Certificado de defunción de Registro Civil.
2. Acta de defunción del cementerio local.
3. Certificado de defunción que surge de la **autopsia verbal**.
4. Certificado que surge de la historia clínica del equipo de salud que lo atendió en su última enfermedad.
5. Certificado de defunción de la historia clínica del médico de cabecera.

Esta es la mejor herramienta que tenemos para hacer un diagnóstico completo del proceso salud-enfermedad-muerte del niño, evaluando diagnósticos para uso de criterios de reducibilidad que no surgen del certificado de defunción oficial.

La autopsia verbal es la visita en el domicilio de la familia del niño fallecido 1 o 2 meses después de producido el hecho realizado por dos integrantes del equipo (de distinta especialidad) y es el elemento más importante, que no debe ser omitido en la confección del certificado de defunción de fuentes múltiples, ya que aporta datos fundamentales para la comprensión integral del proceso. Hay visiones que sólo la visita en terreno las dan y datos que sólo escuchando a la familia obtendremos.

De esta manera lograremos un certificado de defunción

integral (socio-económico-cultural-ambiental-biológico) en contraposición al actual meramente biológico. Además, el funcionamiento de este equipo daría tasas actualizadas de la MI con georreferencias locales útiles para ver variaciones en tiempo real de las defunciones y sus causas y no manejarse con cifras de instituciones centrales (Ministerios de Nación o Provincia) con un retraso de más o menos dos años y con un máximo de análisis que el municipal.

En la provincia de Buenos Aires existe un programa de seguimiento de la mortalidad materno infantil, que consiste en crear comisiones municipales con representantes de la Secretaría de Salud Pública del municipio, de hospitales provinciales o municipales, etc., que funcionan parcialmente en la mayoría de los partidos. Solamente se corrige lo que se conoce y acepta como productor de daño del proceso salud enfermedad.

Las correcciones no deben estar a cargo del sector salud solamente. Sin educación, justicia, asistencia social, saneamiento ambiental incluidos en el programa de reducción de la MI estaríamos implementando políticas parciales y sólo parches para la solución de este problema de Salud Pública.

La decisión fundamental es decidir si el dinero que se usa en salud es gasto o inversión.

Si se siguen implementando políticas sanitarias sin equidad y pensando sólo en "gasto" se seguirán viendo estos valores de MI y el retroceso mundial de la Argentina en el ranking de indicadores de salud. ▀